Zwei Fälle
von primärem Krebs der Bauchdecke.

(Mit einer Tafel.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Fakultät

der

Universität München

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Emil Bergeat

approb. Arzt aus Passau.

München, 1883.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Zwei Fälle
von primärem Krebs der Bauchdecke.

(Mit einer Tafel.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Fakultät

der

Universität München

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Emil Bergeat
approb. Arzt aus Passau.

München, 1883.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0120

MEINEN THEUREN ELTERN.

Wenn Nufsbaum[1]) den Ausfpruch that: »Der Krebs zieht fich durch das Leben eines Chirurgen, wie ein rother Faden. Ein grofser Theil feiner Thatkraft, viel Arbeit und Sorge ift feiner Erforfchung gewidmet,« fo gilt dies Wort nicht minder für den Pathologen. Welche Fülle von Details, welcher Ueberfluls von Hypothefen, und noch immer ftehen fich die Anfchauungen unvermittelt gegenüber!

Der Brennpunkt des Streites ift die Frage nach dem Urfprung des Krebfes. Eine lang vergeffene Schule liefs ihn unter dem Einfluffe pfychifcher Depreffionen entftehen und fprach namentlich Melancholikern und nervös reizbaren Perfonen der beffer ftituirten Klaffen eine befondere Dispofition zu Neubildungen überhaupt zu. Dies war die neuropathifche Hypothefe.

Eine zweite von den meiften Chirurgen getheilte Anfchauung läfst nur eine fogenannte Gefchwulft-Diathefe gelten. Man fpricht davon als der humoralpathologifchen oder dyskrafifchen Hypothefe. Für fie tritt vor Allen Billroth ein; laffen wir ihn mit eigenen Worten feine Anficht belegen.[2])

Er fagt: »Bei aller Anerkennung des Aufwandes von Beobachtung und geiftreichen Ideen, durch welche die rein lokale Difpofition zur Gefchwulftbildung bewiefen werden foll, kann ich diefe Beweife felbft keineswegs als fchlagend bezeichnen, fondern bleibe vorläufig der Anficht, dass es ebenfo-

ſehr eine ſpecifiſch allgemeine Diatheſe für Geſchwulſtbildung gibt, wie eine Diſpoſition zu chroniſchen Entzündungen mit Wucherung der entzündlichen Neubildung, mit Eiterung, mit Verkäſung u. ſ. w.«

Ferner: »— — — Es geht unwiderleglich daraus hervor, daſs primäre Geſchwülſte gerade an den Stellen des Körpers am häufigſten ſind, an welchen äuſſere Reize am meiſten einwirken. Wenn unter tauſend Trinkern einer oder ſelbſt zehn ſtatt eines Magenhatarrhes einen Magenkrebs bekommen, ſo müſſen dieſe als abnorme Subjekte der groſsen Maſſe gegenüber betrachtet werden.«

Neben vielen anderen Umſtänden dürfte wohl die nachgewieſene hereditäre Dispoſition die Annahme einer eigentlichen »carcinomatöſen Raçe« im pathologiſchen Sinne befeſtigen.

Die meiſten Anhänger namentlich in den Reihen der Pathologen findet die Anſicht, welche den Krebs beſonders an Körperſtellen, die häufigen entzündlichen oder traumatiſchen Reizen ausgeſetzt ſind, entſtehen ſieht und dieſe wiederholten Gewebsirritationen als Urſache der Neubildung anſpricht.

Der Vorkämpfer dieſer Richtung iſt R. Virchow. In ſeiner Lehre von den Geſchwülſten [3]) führt er auf, daſs Sarcome und Carcinome mit Vorliebe in Naevis, Malen, Warzen, an geſchwächten und unvollkommenen Theilen — puncta minoris resistentiae — unter dem Einfluſse höheren Lebensalters, an Narben, bei Traumen und nach wiederholten Reizungen und Entzündungen ſich entwickeln.

Den Humoralpathologen hält er vor:

»Wäre eine ſpecifiſche Dyskraſie primär vorhanden, dann würde man unzweifelhaft nicht einen einzigen primären Heerd haben, von welchem aus der Proceſs ſich in der Richtung der Saftſtrömungen und Communicationen verbreitet; ſondern wir würden die Ausbrüche an allen möglichen Stellen ſich entwickeln ſehen, und zwar ohne einen beſtimmten Plan.«

Handelt es ſich um ein Oſteoſarcom, wo ſich groſse

Knochenmaſſen vorfinden, ſo wird Niemand eine knöcherne Dyskraſie annehmen wollen.«

Als Belege für dieſe Theorie läſst ſich die vielcitirte Erfahrung anführen, daſs Krebſe vor Allem an dem Uebergange von Schleimhaut in äuſsere Haut ſich bilden, nicht wegen beſonderer anatomiſcher Dispoſition, ſondern weil dieſe Körperparthien vor allen anderen Irritationen exponirt ſind. Von überzeugender Beweiskraft ſind hiefür die neuerdings von Volkmann[4]) veröffentlichten Mittheilungen über den Schornſteinfegerkrebs.

Daſs der Magenkrebs ſich nicht ſelten aus vernarbten Magengeſchwüren entwickelt, hat neuerdings Hauſer nachgewieſen.

Eigenthümlich präziſirte Thierſch ſeine Anſchauung, indem er ſagte, der Krebs komme zu Stande, wenn beim Vorhandenſein eines Punctum minoris resistentiae Kummer und Sorge und die ſchwächenden Momente des Alters auf den Organismus einwirkten. Wir erkennen darin alle drei vorher beſprochenen Hypotheſen wieder.

Der Vollſtändigkeit halber ſei auch der Cohnheim'ſchen Hypotheſe Erwähnung gethan. Geſtützt auf den embryonalen Character vieler Geſchwülste führt er die Entſtehung der Neoplasmen auf embryonale Bildungsfehler, gewiſſermaſſen verſchleppte Keime zurück. Dieſe Lehre ſcheint ſich mehr der Bewunderung als der Zuſtimmung der Forſcher zu erfreuen, indem die Mehrzahl derſelben ſich ablehnend dagegen verhält.

Dieſe Bemerkungen glaubte ich dem nachſtehend mitgetheilten erſten Fall voranſchicken zu müſſen, da ich in der Epicriſe auf die Aetiologie zurückzukommen gedenke.

I. Fall.*)

Primärer Krebs der Bauchhaut; Wucherung in die Tiefe. Durchtritt in die Bauchhöhle.

Am 13. März 1882 wurde ich zu einer alten Frau geführt, um ihr von hartnäckigen Stuhlbeſchwerden zu helfen.

*) Ich habe denſelben als Praktikant der chirurgiſchen Univerſitäts-Poliklinik beobachtet. Herrn Dr. Helferich erlaube ich mir für die Ueberlaſſung des Falles meinen verbindlichſten Dank auszudrücken.

Patientin K. K., 61 Jahre alt, klagte, ſeit 14 Tagen ohne Stuhlgang zu ſein. Bei der zum Zwecke der Unterſuchung vorgenommenen Entblöſſung des Unterleibes gewahrte ich einen ausgedehnten flachen Tumor der rechten Bauchſeite.

Patientin, welche dieſes Leiden ihren dasſelbe Zimmer mitbewohnenden Angehörigen zu verheimlichen gewuſst, erzählt, vor drei Jahren die erſten Erſcheinungen beobachtet zu haben; es bildete ſich damals ohne bekannte Urſache in der rechten Coecalgegend eine ſehr ſchmerzhafte Geſchwulſt; dieſe brach auf, eiterte einige Zeit, um ſchlieſslich unter Zurücklaſſung einer ſich ſtetig vergröſsernden Schwellung und hartnäckiger Stuhlverſtopfung zu vernarben.

Die Todesurſache ihrer Eltern weifs Patientin nicht anzugeben. Sie will nie früher krank geweſen ſein und ſechsmal normal geboren haben.

Der objective Befund war am 13. März folgender:

Patientin iſt ſchwächlich gebaut, ſehr abgemagert, von kachektiſchem Ausſehen und fahler Hautfarbe; über den Rumpf zerſtreut Petechien und Acnepuſteln in geringer Zahl.

Eine flache, rundliche, ungefähr 5 cm an der höchſten Stelle erhabene Geſchwulſt breitet ſich über die Regiones hypochondrica, iliaca und inguinalis rechterſeits aus und erſtreckt ſich zwiſchen Nabel und Symphyſe über die Linea alba nach links, mit zungenförmigen Infiltrationen in das geſunde Nachbargewebe allmählig übergehend. Der dumpfe Percuſſionsſchall der Geſchwulſt geht oben in die Leberdämpfung, deren obere Grenze im 7. Intercoſtalraum, nach unten in den Schenkelton der Beckenwand über. Ebenſowenig wie die Percuſſion iſt die Palpation für die Abgrenzung der Geſchwulſt verwerthbar, indem dieſelbe mit den benachbarten Knochengebilden verwachſen ſcheint.

Die höchſte Erhebung der Geſchwulſt fällt 1 cm unter dem Nabel in die Verbindungslinie zwiſchen Spina oſſis ilii

anterior superior und den Processus xiphoideus sterni; sie trägt einige nässende excoriirte Stellen.

Die bedeckende Haut ist schmutzig dunkelroth, gespannt, heiss und behält an einigen Stellen den Fingerdruck.

Die Geschwulst fühlt sich im Allgemeinen starr an, ist wenig empfindlich; an mehreren Stellen kann man mit dem Finger leicht eindrückbare oberflächliche Verästelungen — die Vena epigastrica superficialis — verfolgen.

Quer und nach rechts vom Nabel ist eine umschriebene Stelle mit deutlicher Fluctuation.

Unmittelbar über dem Nabel durch eine schmale Brücke verhärteten Gewebes mit der Geschwulst verbunden findet sich ein Geschwür von Markstückgrösse; dasselbe zeigt einen schmutzig belegten Grund und verdickte wulstig aufgeworfene dunkelblau verfärbte Ränder; nach unten erhebt sich der Rand zu einem fünf Millimeter breiten gekerbten Wall, der einen zapfenartigen freien Fortsatz trägt. Das Sekret des Geschwüres besteht aus dickem, stinkenden Eiter, dessen Menge durch Druck auf die beschriebene fluctuirende Stelle vermehrt wird.

Eine in den Geschwürsgrund geführte und schief nach rechts und aufsen geleitete Sonde stöfst erst in einer Tiefe von 4 cm auf Widerstand; sie scheint in einem engen Fistelgang vorwärts zu gleiten. Selbstverständlich wurde jede forcirte Bewegung mit der Sonde vermieden.

Zwischen der fluctuirenden Stelle und dem Geschwüre tritt sowohl spontan, als bei Druck heftiger, stechender Schmerz auf.

Der ganze linke Arm ist mit linsenförmigen pigmentirten Narben bedeckt; der Vorderarm zeigt trockene, schuppige Borken. Eine feste, unnachgiebige Narbe hält den Vorderarm in uncorrigirbarer Flexion.

Der Urin erscheint normal; er zeigt weder Eiweiss- noch Gallenfarbstoffreaction; die Sclera ist weiss; die Haut ohne

icterifche Färbung. Die Lymphdrüfen beider Leiften find mäffig gefchwellt.

Puls klein, weich, regelmäfsig, macht 90 Schläge: Temperatur 37,2°.

Ein Monftreclysma bewirkt die Entleerung einer geringen Menge normal gefärbten bröckeligen Kothes.

Bei fo verwickelten Verhältniffen war es keineswegs leicht, eine fichere Diagnofe zu ftellen. Eine genaue Betrachtung machte es wahrfcheinlich, dafs hier zwei heterogene, aber vielleicht urfächlich zufammengehörige Proceffe anzunehmen feien. Das Ulcus über dem Nabel mit feinen unregelmäfsigen hypertrophifchen Rändern liefs nur den Gedanken an eine bereits zerfallende Neubildung zu. Die mächtige Infiltration der Bauchdecken mit allen Zeichen der chronifchen Entzündung und die Fluctuation konnten nur auf den drohenden Durchbruch eines Abscceffes oder einer intraabdominellen Flüffigkeitsanfammlung bezogen werden.

Nach diefen Gefichtspunkten ftellten die Herren Dr. Dr. Helferich und Kunkel die Diagnofe auf ein zerfallendes Carcinom der Bauchdecken und einen perforirenden perityphlitifchen Abscefs, wobei freilich die ungewöhnliche Perforationsftelle unter dem Rippenbogen ftarke Bedenken verurfachte. Affectionen der Leber — Abscess, Echinococcus — durften nach der Anamnefe und fonftigem Befund wohl ausgefchloffen werden, ebenfo lag es ferne, an ein abgefacktes peritonitifches Exfudat zu denken.

Ein kleines vom Gefchwürsgrunde genommenes Stückchen zeigte bei der mikrofcopifchen Unterfuchung Pflafterepithelien in fettigem Zerfall, körnigen Detritus und zahlreiche Micrococcen.

Der weitere Verlauf war folgender: Nachdem vorerft mehrere Clysmata und ein Umfchlag von verdünnter Phenollöfung verordnet worden waren, wurde am 16. März, da Patientin vor Schmerzen fchlaflos war, und die fluctuirende Stelle im Hypogaftrium deutliche Zeichen der Verdünnung

ihrer Wand zeigte, von den Herren Prof. Dr. Kunkel und Dr. Eiſenreich, practiſchen Arzt in München; in Chloroformnarkoſe und unter Beobachtung aller antiſeptiſchen Cautelen incidirt.

Ein 3 Centimeter langer, ſchief von oben links nach unten rechts 10 Ctm. vom Nabel angelegter Schnitt eröffnete eine Cyſte mit glatten Wänden; der eingeführte Finger fühlte nach oben einen harten, kugeligen Knopf von Kirſchengröſse, der mit breiter Baſis aufſaſs und allſeitig mit dem Finger umgangen werden konnte.

Der Inhalt der Cyſte beſtand aus ungefähr 100 Cubikcentimeter einer ſeröſen mit gelblichen Fibrinflocken untermiſchten Flüſſigkeit.

Auffallend war die ſchwammige, morſche Beſchaffenheit der Wundränder.

Die Wunde ſecernirte fortan dünnen ſchlechten Eiter, der täglichen Wechſel des Verbandes nöthig machte; doch ſchien ſich die Cyſte langſam zu ſchlieſsen.

Anfangs April traten ſehr heftige Schmerzen auf; Morphium in der Doſis von 4 Centigramm konnte keine Linderung verſchaffen. Als ſich Patientin am 11. April in ihren Schmerzen im Bette herumwarf, fiel aus der Wunde ein vollkommen eirunder Choleſtearinſtein, der bei einer Länge von 3 Ctm. einen Umfang von 6 Centimeter, alſo ungewöhnliche Dimenſionen aufwies.

Aus der Tiefe der Wunde und aus ihren Rändern wuchſen nunmehr ſchleimige confluirende Granulationen hervor; dieſe ſecernirten Anfangs dünnen, ſeröſen Eiter; gar bald zeigten ſich Spuren von Zerfall, und Mitte Mai hatten ſich die üppigen Wucherungen zu einer thalergroſsen Fläche vereinigt (vergl. die Abbildung a).

Auch an dem Ulcus über dem Nabel gingen bedeutende Veränderungen vor ſich. Zuerſt beſetzte ſich der Rand mit vielen raſch wachſenden, confluirenden rothen Knötchen; dieſe

wuchfen zu veräftelten Zapfen aus und rückten immer weiter gegen die Peripherie; auf diefe Weife zogen fie den Nabel mit in den Procefs, und indem fie rafch wuchfen und confluirten, bildeten fie Mitte Mai eine flache 1½ Ctm. hohe, nahezu kreisrunde Gefchwulft mit einem Durchmeffer von 12 Ctm. (vergl. die Abbildung b). Diefelbe war vielfach zerklüftet, und blutete bei jeder Berührung; dabei hatte fie ein mifsfarbiges, graugrünes Ausfehen und fonderte reichlich die fcheufslichfte mit Gewebsfetzen untermifchte Jauche ab. Vom Nabel war keine Spur mehr zu bemerken; ein dunkelgrüner Fleck im Centrum der Neubildung (c) zeigte den oben befchriebenen Fiftelgang an.

Wir hatten die Entwicklung eines echten Krebfes der Haut beobachtet.

Unfere beigegebene Tafel zeigt die Patientin kurz vor ihrem Tode; man erkennt darauf die diffufe Schwellung des Hypogaftriums (d) und die beiden Krebsknoten (a und b). Die Sonde (bei c) foll den Fiftelgang markiren.

Mitte Mai eröffnete fich fpontan eine fluctuirende Stelle (e) zwifchen beiden Krebsknoten; es erfolgte ein heftiger Blutverluft, der die Patientin fo fchwächte, dafs fie von nun an das Bett nicht mehr verlaffen konnte.

Erft am Anfang des Juli verftand fich die Patientin dazu, fich ins allgemeine Krankenhaus aufnehmen zu laffen; während ihrer letzten Lebenstage trat Fieber von 39,° (Abend) und Delirien ein; fie ftarb am 21. Juli auf der Abtheilung des Herrn Geheimrathes von Nussbaum unter den Erfcheinungen des äufferften Marasmus.

Sectionsbericht.

Der Sectionsbericht (Prof. Dr. Bollinger) weift im Allgemeinen folgende Daten auf:

23. Juli 1882. Journal Nr. 343.

K. K. 61 Jahre. 20 Stunden p. m.

Hochgradig abgemagerte Leiche. Haut fchmutzig ver-

färbt. Längs der Venen des Oberſchenkels Imbibitionsverfärbung. Oedem der unteren Extremitäten; Thromböſe der Cruralvenen. Am Ober- und Vorderarm bis ans Handwurzelgelenk röthliche und blauliche Verfärbung der Haut. In der rechten Ileocöcalgegend ragt ein Tumor kindskopfgroſs über die Oberfläche hervor; über der Spina anterior ſuperior ossis ilii und in der Nähe des Nabels entleert je eine groſse Oeffnung jauchige, ſchmierige Maſſen. Die Umgebung der Oeffnungen iſt handtellergroſs ulcerirt. Auſserdem mehrere kleine markige Wucherungen auf der Oberfläche mit beginnender Ulceration.

Fettpolſter und Musculatur atrophiſch.

Schädeldach dick und ſchwer; Hirnhäute getrübt. Windungen des Gehirnes abgeflacht, Seitenventrikel erweitert. Adergeflechte blaſs, Gehirnſubſtanz ſehr weich, blutarm, ſaftreich.

Zwerchfellſtand beiderſeits im 5. Intercoſtalraum.

Linke Lunge gut retrahirt. Im Pleuralſack 1/4 Liter einer chocoladefarbigen, offenbar blutgemiſchten Flüſſigkeit. Lunge vollſtändig collabirt, von geringem Volum und Gewicht. Pleura durchſichtig, glatt. An den Spitzen leicht indurirte subpleurale Stellen. Hochgradige Anthracose, Thrombose der Arteria pulmonalis.

Rechte Lunge ſehr voluminös; geringes Oedem, Arterie frei. Vorn und oben mit der Coſtalpleura verwachſen.

Herz verkleinert. Rechter Ventrikel etwas erweitert Klappen normal. Intima der Arterien blutig imbibirt. Muskel blaſs und fettig degenerirt. Nirgends Thromben.

Milz verkleinert, Kapſel getrübt; Gewebe weich, ſchlaff und blutleer.

Im Douglas'ſchen Raume einige Gramm eitriger Flüſsigkeit; alte Verwachsungen zwiſchen rechtem Ovarium und Netz.

Der Magen liegt frei vor; ſein Pylorustheil iſt nach hinten geknickt.

Colon transversum ift an feinem Uebergange ins Colon ascendens mit dem parietalen Bauchfell und dem untern Leberrande verwachfen. Im Magen 1/2 Liter grünlich gefärbter Flüfsigkeit.

Im Coecum mäfsige Mengen dick geballten Kothes.

Die Schleimhaut des Darmes blafs und anämifch.

Die Leber ift atrophirt; der linke Lappen vollkommen gefchrumpft; Kapfel durchfichtig; man fieht die vergröfserten, hellgefärbten Acini durchfcheinen. Das Organ ift an einigen Stellen mit dem Duodenum und am unteren Rande mit der Bauchwand aufs innigfte verwachfen. Von der Gallenblafe ift unter den fibröfen Strängen und Platten keine Spur zu entdecken.

Der Tumor der Bauchwand ragt fehr tief in die Bauchhöhle hinein; er ift durch die erwähnten Gebilde feft mit der Leber verlöthet, geht jedoch nicht von ihr aus; er befindet fich im jauchigen Zerfall und ftellt eine Höhle dar, mit infiltrirten Wänden und fchmierigem, ftinkenden Inhalt, der die Bauchwand mit zwei Oeffnungen nach aussen und einer Oeffnung in die Bauchhöhle durchbricht.

Retroperitonealdrüfen mäfsig gefchwellt.

Nieren verkleinert; Kapfel nicht adhärent. Rinden- und Markfubftanz fcharf getrennt und verkleinert.

Uterus in der Gegend des Orificium internum winklig geknickt und retrovertirt.

Anatomifche Diagnofe: Primärer Krebs der Bauchhaut; Wucherung in die Tiefe; Durchtritt in die Bauchhöhle. Peritonitis purulenta; Pleuritis hämorrhagica.

Sclerofe des Schädeldaches; Anthrakofe der Lungen; adhäfive Pleuritis und Peribronchitis rechts. Retroflexio uteri. Anämie des Hirns und feiner Häute; Atrophie und fettige Degeneration des Herzens; Atrophie der Nieren und der Milz. Marantifche Thrombofe der Cruralvene. Embolie der Lungenarterie.

Epikrife.

Ein grofser Theil des Befundes bedarf keiner weiteren Erörterung. Viele Erfcheinungen find als Altersveränderungen und Zufälligkeiten oder als Folge des Marasmus und der Anämie, der nächften Todesurfache, anzufehen. Dahin gehören die Anthrakofe der Lungen, die alte adhäfive Pleuritis und Peribronchitis, die Retroflexio uteri, die Sclerofe des Schädeldaches, die Verfettung und Atrophie aller Organe. Ein weiterer Ausdruck des allgemeinen Marasmus ift die Thrombofe der Cruralvene mit dem Oedem der unteren Extremität und der Embolie der Lungenarterie.

Vielleicht hat letztere beigetragen, das Ende der Patientin zu befchleunigen; doch zeigte diefelbe bis zu ihrem Ende keine Erfchwerung des Refpirationsgefchäftes.

Eine entfchieden verhängnifsvolle Complication war die eiterige Peritonitis infolge des Eintrittes von Fäulnifsftoffen in die Bauchhöhle auf dem Wege der Perforation.

Das gröfste Intereffe nimmt das Verhalten der Bucheingeweide zur Neubildung in Anfpruch, und hier hat die Erklärung manche Schwierigkeit zu überwinden. Ich werde verfuchen, den Sachverhalt darzuthun.

Der im Verlaufe der Krankheit nach auffen getretene Gallenftein mag, nach feiner regelmäfsigen Form und dem kryftallinifchen Gefüge zu fchliefsen, fchon lange in der Gallenblafe gelegen haben, ohne irgend welche krankhafte Erfcheinungen hervorzurufen, wie das überhaupt die Regel zu fein fcheint. Mit zunehmender Gröfse mufste er endlich die Gallenblafe ausfüllen. Der Ductus cyfticus verödete; der Stein aber übte einen Reiz auf die Gallenblafe aus, deren Wände in den Zuftand chronifcher Entzündung verfetzt wurden. Diefe Entzündung griff aufs Bauchfell über und fo entftanden einerfeits die zahlreichen Verwachsungen des parietalen Bauchfelles mit den Nachbarorganen — Leber, Colon, Gallenblafe — als

auch ein abgefacktes peritonitiſches Exſudat — die am 16. März eröffnete als Cyſte bezeichnete Höhle.

Der in der Wunde gefühlte kugelige Vorſprung war demnach die vom Gallenſteine ausgefüllte Blaſe.

Ein Abſceſs, wie ſie bei zum Durchbruch neigenden Gallenſteinen in den Bauchdecken ſich finden, konnte die Höhle nicht ſein; dagegen ſprach ihr ſeröser mit Fibrinflocken gemiſchter Inhalt. Ebenſowenig war es die hydropiſch ausgedehnte Gallenblase, wie ſie in den von Murchiſon[5]) und Hertz[6]) mitgetheilten Fällen beſchrieben wird. Bei dieſen nemlich war der Ductus cysticus durch kleine Concremente verlegt. Die hydropiſch ausgedehnte von auſſen fühlbare Gallenblaſe wurde durch einen Schnitt geöffnet, worauf die Gallenconcremente nach auſſen traten; dabei blieb infolge der hergeſtellten Durchgängigkeit des Ductus cyſticus eine Gallenfiſtel zurück.

In der Krankengeſchichte war die Sprache von einem Fiſtelgang, der ſich von der über dem Nabel gelegenen Wunde nach der fluctuirenden Stelle zu 4 ctm. tief ſondiren ließs. Aus Gründen der Vorſicht wurde jede forcirte Sondirung unterlaſſen; doch zweifle ich nicht, dass eine Communication zwiſchen der fluctuirenden Cyſte — dem abgefackten Exſudat — und der Auſſenwelt durch jene Wunde beſtanden hat; zumal da bei Druck auf die Cyſte das eitrige Secret in vermehrten Mengen aus der Wunde hervorquoll.

Ich wage nicht, zu entſcheiden, ob der Stein bei ſeinem weiteren Vordringen den vorgebahnten Weg durch die Fiſtel genommen hätte, um im Nabel zum Vorſchein zu kommen, oder ob er, wenn die künſtliche Spaltung der Bauchdecken unterblieben wäre, direkt unter dem Rippenbogen, die ohnehin durch den Druck des Exſudates verdünnten Bauchdecken perforirt hätte. Das Letztere iſt wahrſcheinlicher.

Aus den Jahresberichten von Virchow und Hirſch entnehme ich, dass unter 15 Fällen, wo Gallenſteine die Bauch-

decken durchbohrten, die Perforation achtmal im rechten Hypochondrium und ſiebenmal im Nabel ſtattfand. Vielleicht werden in der Mehrzahl der Fälle die Concremente durch das Ligamentum suspensorium hepatis zum Nabel geleitet; doch iſt es auch möglich, dass namentlich kleinere Concremente in dem lockeren Bindegewebe zwiſchen den Aponeuroſen der Bauchmuskeln ſich ihren Weg ſuchen, wie die Thatſache beweiſt, daſs Gallenconcremente über der Symphyse zum Vorſchein kamen.

Im vorliegenden Falle iſt die Frage ſehr naheliegend, ob wir berechtigt ſind, eine gewiſſe ätiologiſche Beziehung zwiſchen dem Reiz des vordringenden Steines, und der entzündlichen, beziehungsweiſe carcinomatöſen Infiltration der Bauchwand anzunehmen, oder ob hier nur eine zufällige Coincidenz der beiden Proceſſe vorliegt.

Die Literatur ſchweigt darüber.

Obwohl nur wenig Fälle von Neubildungen der Bauchhaut bis jetzt beſchrieben ſind, iſt doch ſoviel ſicher, dass dem Nabel eine beſondere Bevorzugung zukommt. Küſter[8]) muſste, um fünf Fälle aus der Literatur verzeichnen zu können, bis zum Jahre 1526 zurückgreifen, zu welcher Zeit Fabricius Hildanus ein Papillom des Nabels (Fall 1) mittels Ligatur operirte. Dieſen fünf Fällen konnte er ſelbſt drei eigene Beobachtungen hinzufügen. Darunter ſind 2 Papillome (1, 8), 1 ſecundäres (4), 3 primäre Carcinome (2, 3, 6) und 1 Dermoid. Ferner ſind noch, gröſstentheils primäre, Carcinome des Nabels mitgetheilt von Kidd[9]), Wulkow[10]) und Volkmann[4]); von dieſen ſahen die beiden erſten je einen, Volkmann zwei Fälle.

Küſter nimmt an, daſs Neubildungen des Nabels von drei Localitäten ihren Urſprung nehmen könnten von der Haut, der Narbe und vom Bindegewebe des Umbilicalkanales. In der Haut des Nabels — Epidermis, Papillen, Talgdrüſen — entſtünden ſie, wenn der Nabel ſich, wie bei fettleibigen Per-

ſonen in einen tiefen, ſchwer zugänglichen Trichter einſenke, aus welchem ſich auch bei groſser Reinlichkeit die Zerſetzungsprodukte der Hautsekrete nicht vollkommen entfernen lieſſen und ſo zur Bildung von Nabelſteinen Veranlaſſung geben, unter Umſtänden aber bei disponirten Perſonen den Anſtoſs zu Neoplasmen liefern können.

Was die Neubildung in der Nabelnarbe anbelangt, ſo ſagt davon Waldeyer[11]), »dass sie nicht ſelten den in der Nabelnarbe abgekapſelten Epithelien ihre Entſtehung verdankten.“

Es wäre alſo demnach der Nabel ein punctum minoris reſiſtentiae cat'exochen nach der Virchow'schen Theorie.

Als aus dem Umbilicalkanal entſtehend müſsten die Geſchwülſte angeſehen werden, welche bei ſogenannter Pilz- oder Champignonform die Nabelnarbe vor ſich her drängen.

Wollen wir dieſe Geſichtspunkte auf unſeren Fall übertragen, ſo müſſen wir geſtehen, daſs es nicht gelingt, dadurch dem Verſtändniſs näher zu kommen. Verzichten wir auf die Hypotheſe, daſs die offenbar durch den Reiz des Steines entſtandene entzündliche Infiltration der Bauchdecken ihren Charakter geändert und eine carcinomatöſe Wucherung hervorgebracht habe, ſo bleibt uns nur der Ausweg, hier wie in ſo vielen Fällen von einer Dispoſition zu ſprechen, welche in dem krankhaften, geſchwächten Gewebe ihr punctum minoris reſiſtentiae gefunden habe.

Erklärt iſt damit nichts; doch iſt die Thatſache nicht zu unterſchätzen, daſs hier ein zweifellos im Zuſtande der chroniſchen Entzündung befindliches Gewebe der Mutterboden für eine ſpecifiſche Neubildung geworden iſt.

Die im Umkreiſe der primären Neubildung aufgetretenen markigen Verdichtungen und die krebſige Infiltration und Verjauchung der Cyſte ſind nicht befremdend, da ja ein Krebsknoten in ſeiner nächſten Umgebung ſehr gewöhnlich Metaſtaſen

hervorbringt. In den inneren Organen dagegen war keine Spur von Metaſtaſen vorhanden.

Noch eine Möglichkeit der Entſtehung iſt zu betonen. Es iſt eine von vielen Beobachtern getheilte Anſchauung, daſs der Reiz von Gallenſteinen in der Gallenblaſe auſſer chroniſcher Entzündung und Ulceration auch primären Krebs hervorrufen könne. So ſchreibt Schüppel[12]): »Sollte ſich in der That ergeben, daſs namentlich die primären Gallenblaſenkrebſe überwiegend bei Frauen auftreten, ſo lieſse ſich daran denken, daſs dieſer Umſtand möglicherweiſe mit der nachgewieſenermaſſen gröſseren Frequenz der Gallenſteinkrankheit gerade beim weiblichen Geſchlechte in urſächlichem Connexe ſtehen könnte. Es wurde bereits mitgetheilt, daſs man bei primären Gallenblaſenkrebs ſehr oft die Höhle mit Concrementen ausgefüllt getroffen habe, zu oft, als daſs man in jener Coincidenz bloſs einen Zufall erblicken dürfte. — — Wir für unſeren Theil neigen uns der Anſicht derer zu, welche in den Gallenſteinen den Anſtoſs zur Krebsbildung bei dazu disponirten Individuen ſehen.«

Man könnte in unſerem Falle mit einer gewiſſen Berechtigung annehmen, daſs das Carcinom der Bauchdecken eine Metaſtaſe eines auf die angegebene Art entſtandenen und unbeachtet gebliebenen Gallenblaſenkrebses geweſen, zumal da bei der Section die Gallenblaſe gänzlich in den verjauchten Krebs aufgegangen gefunden wurde. Der Eindruck, welchen ich erhielt, als ich mit dem Finger die eröffnete Höhle abtaſtete, läſst mich den Gedanken zurückweiſen; wäre nemlich die Gallenblaſe Sitz einer krebſigen Neubildung geweſen, ſo hätte der kugelige Vorſprung, welchen ich für die vom Concrement ausgefüllte Blaſe halte, andere Verhältniſse dargeboten; er wäre gröſser und höckerig geweſen. Ferner wies der Tumor unterm Rippenbogen, wie der des Nabels unverkennbares Pflaſterepithel auf. Metaſtaſen von Gallenblaſenkrebſen müſsten wie dieſe Cylinderepithelien führen.

II. Fall.

Carcinoma myxo-sarcomatodes der Bauchwand; Perforation in das Coecum und Ileum.

Dieſen Fall, welchen ich in kaſuiſtiſchem Intereſſe hier beſchreiben will, verdanke ich der Güte des Herrn Profeſſor Dr. Bollinger.

Am 23. Oktober 1880 wurden dem pathologiſchen Inſtitute in München durch Herrn Dr. Hach aus Offingen bei Ulm einige Stückchen einer Neubildung übermittelt (Einlauf-Journal Nr. 92, 1880), die von einer 64 jährigen Frau herrührten und zum Zwecke der mikroskopiſchen Unterſuchung und Stellung einer Diagnoſe exſtirpirt worden waren.

Anamneſtiſch wurde mitgetheilt, daſs die Patientin kräftig gebaut und wohlgenährt ſei; ihre Mutter war an Uteruskrebs geſtorben. Der Beginn der Erkrankung fiel in den November 1879.

Damals klagte Patientin über Schmerzen in der rechten Bauchwand und bald zeigte ſich in der Regio iliaca rechts deutliche Fluctuation. Im Dezember wurde daſelbſt ein umfangreicher Abſceſs geöffnet, der groſse Menge Eiter entleerte.

Die Wunde heilte nicht vollkommen; es blieb eine Fiſtel zurück und allmählig brachen an verſchiedenen Stellen der Umgebung gröſsere und kleinere weiche papilläre Wucherungen, vielfach die Haut unterminirend, durch.

Im Sommer 1880 wurde eine kindskopfgroſse Geſchwulſt, die bis ans Peritoneum reichte, exſtirpirt.

Da der Tumor offenbar nicht vollſtändig entfernt worden war, kam es bald zu Recidive und raſchem Wachsthume neuer Geſchwulſtmaſſen, die an der Oberfläche fortwährend groſse Mengen von Eiter und ſtinkender Jauche abſonderten.

Weil ſich öfters aus der Tiefe des Geſchwürsgrundes Gasblaſen entwickelten, muſste man Verdacht auf eingetretene Communication mit dem Darme ſchöpfen.

Am 22. Oktober 1880 wurden zum Behufe weiterer Unterſuchung mehrere welſchnufsgrofse Stückchen des Tumors exſtirpirt und dem pathologiſchen Inſtitute überſandt.

Dieſelben waren ſehr weich, von ſchleimiggallertiger Conſiſtenz und an der Oberfläche hämorrhagiſch infiltrirt.

Die von Prof. Dr. Bollinger vorgenommene mikroscopiſche Unterſuchung ergab, dafs einzelne Theile des Neoplasmas exquiſit epithelialer Natur waren: es fanden ſich aus mittelgrofsen Pflaſterepithelien beſtehende Schläuche, Kolben und Balken, die in ein ſehr ſparſames alveoläres und myxomatöſes Stützgewebe eingebettet waren.

Ein Theil der Geſchwulſt dagegen zeigte den Bau eines Rundzellensarkoms, wobei ebenfalls die rundlichen jugendlichen Bindegewebszellen von ſtellenweiſe endothelialem Charakter ein ſchleimiges Stützgewebe hatten.

In dem jauchigen Eiter der Oberfläche fanden ſich zahlreiche Spaltspilze, jedoch kein zweifelloſer Darminhalt.

Daraufhin wurde die Diagnoſe geſtellt: Carcinoma myxo-sarcomatodes der Ileocöcalgegend, wahrſcheinlich mit Perforation ins Darmlumen.

Leider fehlt eine ausführliche Krankengeſchichte. Anfangs Januar 1881 ſtarb die Kranke; das dem pathologiſchen Inſtitute eingeſandte Präparat (Einlauf-Journal Nr. 40, 1881) beſtätigte die frühere Diagnoſe.

Es fand ſich nämlich ein Carcinoma myxo-sarcomatodes der Bauchwand, welches nach innen in das Coecum und Ileum perforirt war und ſo eine Darmfiſtel herbeigeführt hatte. Die Seroſa des Darmes war mit dem parietalen Bauchfell verwachſen; die Wände des Darmes in der nächſten Umgebung der Perforation waren normal, woraus ſich erklärt, dafs weſentliche Störungen der Darmfunctionen im Leben fehlten.

Dafs nur Gaſe, nicht aber flüſsiger oder feſter Darminhalt durch die Fiſtel ausgetreten ſind, hing ſicher mit dem ventilartigen Verſchluſs der Communicationsöffnung zuſammen.

Es kann bei der relativen Dünnheit der Bauchdecken und der grofsen Neigung des Peritoneums zur Bildung von circumfcripten Adhäfionen diefer Ausgang nichts Räthfelhaftes bieten; das aber ift überrafchend, dafs in der ganzen Literatur nur eine ähnliche Mittheilung zu finden ift, nämlich der Fall von Hayden [7]), wo ein Scirrhus der Bauchwand diefe durchbrach und eine tödtliche Perforation des Ileum bewirkte.

Was nun die Therapie des Krebses der Bauchdecken betrifft, fo lehrt die chirurgifche Erfahrung, dafs hier wie bei allen bösartigen Neoplasmen frühzeitige Exftirpation im Nothfalle durch die Laparotomie und mit Wegnahme eines Stückes des Peritoneum das einzige und bei Beobachtung der antifeptifchen Cautelen relativ gefahrlofe Mittel ift, welches dem Patienten das Leben zu erhalten im Stande ift und dem Arzte den Kummer erfparen kann, seinen Patienten fo jämmerlich verkommen laffen zu müffen.

Ich erfülle zum Schlufse mit Freuden die angenehme Pflicht, den Herren Proff. Dr. Kunkel und Dr. Helferich Herrn Dr. Eifenreich und meinem Freunde Kunftmaler Nauen für die Unterftützung, welche fie mir zum Beften diefer Arbeit durch Rath und That angedeihen liefsen, auch an diefer Stelle herzlichft zu danken. Zu befonderer Dankbarkeit fühle ich mich gegen Herrn Profeffor Dr. Bollinger verpflichtet, der mir die manichfaltigfte Anregung und Unterftützung zu Theil werden liefs.

Literatur.

1) **Nussbaum,** Der Krebs vom klinischen Standpunkt. Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein in München am 9. März 1875.

2) **Billroth,** Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.

3) **Virchow,** Die krankhaften Geschwülste.

4) **Volkmann,** Beiträge zur Chirurgie 1875.

5) **Murchison,** Biliary fistula, Transact. of the pathol. Soc. XXII.

6) **Hertz,** Berliner klinische Wochenschrift 1873.

7) **Virchow-Hirsch,** Jahresberichte.

8) **Küster,** Neubildungen am Nabel Erwachsener. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie XVI.

9) **Kidd,** Medical Presse 1874.

10) **Wulkow,** Berliner klinische Wochenschrift 1874.

11) **Waldeyer,** Über den Krebs. Sammlung klinischer Vorträge Nr 33.

12) **Schüppel,** Ziemssens Handbuch VIII, 1.

Erklärung der Tafel:

Unsere beigelegte Tafel zeigt die Erscheinungen wie sie sich kurz vor dem Tode der Patientin darstellten.

Bei b erkennt man die nahezu kreisrunde krebsige Wucherung, in welche der Nabel vollkommen aufgegangen ist: die eingeführte Sonde c markirt den Verlauf und die Öffnung des Fistelganges, welcher sich in die, beim Tode in jauchigem Zerfall befindliche, ausgebreitete Infiltration der Bauchdecke d hineinzieht. Die ovale Wucherung bei a zeigt die Stelle an, wo am 11. April durch eine künstlich geschaffene Öffnung der Gallenstein zum Vorschein kam. Die Bezeichnung e macht mehrere unbedeutende in den Jauchesack d führende Fisteln kenntlich.

a
b
c
g